

**UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE
NONHEMORAGIK**



**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III pada
Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh :

HANIFAH RESTU NURANI

J200140044

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN
STROKE NON HEMORAGIK**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh :

HANIFAH RESTU NURANI

J200140044

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing



Enita Dewi, S.kep.,Ns.MN

NIK.1286

HALAMAN PENGESAHAN

**UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN
STROKE NON HEMORAGIK**

OLEH :

HANIFAH RESTU NURANI

J 200 140 044

**Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Pada hari Senin, 17 April 2017
dan dinyatakan telah memenuhi syarat**

Dewan Penguji:

1. **Enita Dewi, S.kep.,Ns.MN**
(Ketua Dewan Penguji)

(.....)

2. **Dian Hudiawati, S.Kep., NS., M.Kep.**
(Anggota I Dewan Penguji)

(.....)



Dekan,

Dr. Suwaji, M.Kes

NIP : 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam naskah publikasi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang tidak pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 7 April 2017

Penulis,



HANIFAH RESTU NURANI

J200140044

UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE NONHEMORAGIK

Abstrak

Latar Belakang : Stroke merupakan masalah bagi negara-negara berkembang. Di Amerika Serikat, stroke menjadi penyebab kematian yang ketiga setelah penyakit jantung dan kanker. Data di Indonesia menunjukkan insidensi 234 per 100.000 penduduk, dalam laporan nasionalnya mendapatkan bahwa kematian utama semua usia adalah stroke (15,4%). Masalah yang sering muncul pada pasien stroke adalah gangguan gerak. Untuk meningkatkan kekuatan otot perlu dilakukan latihan mobilisasi dan rehabilitasi, yang bertujuan untuk memperbaiki fungsi neurologis dan mencegah terjadinya kontraktur atau kekakuan otot dengan terapi fisik dan tehnik-tehnik lain.

Tujuan : menggambarkan upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke nonhemoragik

Metode : metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dengan cara observasi, pemeriksaan fisik, rekam medik, wawancara, studi dokumentasi dari jurnal maupun buku.

Hasil : Pasien belum menunjukkan peningkatan mobilitas fisik setelah dilakukan tindakan.

Kesimpulan : Tindakan *Range Of Motion* (ROM) dan Alih baring efektif meningkatkan mobilitas fisik.

Saran : Tindakan ROM dan alih baring dapat sebagai masukan dalam tindakan keperawatan mandiri untuk meningkatkan mobilitas fisik.

Kata Kunci : Stroke, mobilitas fisik, range of motion, alih baring

Abstract

background: Stroke is a problem for developing countries. In the United States, stroke is the third causing death after heart disease and cancer. Indonesian datas show thatthe incidence of stroke are 234 of 100,000 people, the national show that the main causing death in all ages is stroke (15.4%). The frequents problem accured to stroke patient is paralyzed. For increasing muscle's power, we nedd to do mibilization and afrercare training, in oeder to repair neurological functions and to prevent contractures by doing physical theraphies and other techniques.

Objective: To describe intervention to increase physical mobility in stroke patients nonhemoragik

Methods: The descriptive method with case study approach. The collection of data by observation, physical examination, medical records, interviews, documentary studies of journals and books.

Results: There is not improvement of the physical mobilization on the patient yet after the action.

Conclusion: The action Range Of Motion (ROM) and Interpretation reposition effectively improve physical mobilityA

Advice: action ROM and Interpretation reposition can be as inputs in independent nursing action to deal with improve physical mobility

Keywords: Stroke, physical mobility, range of motion, control bearing.

1. PENDAHULUAN

Stroke merupakan masalah bagi negara-negara berkembang. Di dunia penyakit stroke meningkat seiring dengan modernisasi. Di Amerika Serikat, stroke menjadi penyebab kematian yang ketiga setelah penyakit jantung dan kanker. Di perkirakan ada 700.000 kasus stroke di Amerika Serikat setiap tahunnya dan 200.000 diantaranya dengan serangan berulang (utami 2013). Menurut WHO (*World Health Organization*), ada 15 juta populasi terserang stroke setiap tahun di seluruh dunia dan terbanyak adalah usia tua dengan kematian rata-rata setiap 10 tahun antara 55 dan 85 tahun. Di negara Asia Tenggara misalnya Thailand, angka kematian yang diakibatkan oleh stroke terus mengalami peningkatan dalam 5 tahun. Pada tahun 2000 angka kematian akibat stroke adalah sebesar 20,8 per 100.000 kematian dan pada tahun 2012 mengalami peningkatan.

Stroke merupakan gangguan darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak (sudoyo,2009). Stroke dibedakan menjadi stroke hemoragik yaitu adanya pendarahan otak karena pembuluh darah yang pecah dan stroke non hemoragik yaitu lebih karena adanya sumbatan pada pembuluh darah otak. Data di Indonesia menunjukkan insidensi 234 per 100.000 penduduk, sedangkan menurut data RISKESDAS Depkes RI (2007), dalam laporan nasionalnya mendapatkan bahwa kematian utama semua usia paling besar adalah stroke (15,4%). Jumlah kasus stroke di Jawa Tengah tahun 2013 sebanyak 40.972 terdiri dari stroke hemoragik sebanyak 12.542 dan stroke non hemoragik sebanyak 28.430. jumlah kasus stroke tahun 2013 tertinggi di kota Magelang sebesar 14.459 kasus dan terendah di kabupaten Jepara sebesar 15 kasus. Khususnya pada kabupaten sragen pada tahun 2013 jumlah penderita stroke non hemoragik 524 (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013).

Berdasarkan catatan Rekam Medik rumah sakit dr. Soeratno Gemolong di dua tahun terakhir kasus stroke yang rawat inap sebanyak 914 kasus. Pada tahun 2017 ini antara januari sampai bulan februari sudah mengalami kasus stroke yang rawat inap sebanyak 22 kasus.

Disfungsi motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi. Komplikasi akibat imobilisasi menyebabkan 51% kematian pada 30 hari pertama setelah terjadinya serangan stroke iskemik. imobilitas juga dapat menyebabkan kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atropi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama (nerve pressure palsies) (summers, 2009).

Latihan mobilisasi perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh) (Joko dkk, 2015).

Latihan mobilisasi atau rehabilitasi pada pasien stroke bertujuan untuk memperbaiki fungsi neurologis melalui terapi fisik dan tehnik-tehnik lain. Mobilitas dan rehabilitasi dini di tempat tidur merupakan suatu program rehabilitasi stroke. Tujuannya adalah untuk mencegah terjadinya kekakuan (kontraktur) dan kemunduran pemecahan kekakuan (dekondisioning), mengoptimalkan pengobatan sehubungan masalah medis dan menyediakan bantuan psikologis pasien dan keluarganya (Juniadi,2006).

Peran perawat pada pasien stroke yang mengalami penurunan kemampuan fungsional adalah meningkatkan mobilitas yang optimal, kenyamanan, dan kemampuan dengan menciptakan lingkungan yang mendukung dengan mengompensasi perubahan fungsi. Tingkat bantuan tergantung pada derajat keterbatasan, tetapi perawat harus hati-hati untuk tidak melakukan tindakan yang berlebihan dari kondisi yang diperlukan oleh pasien (Perry, 2006).

2. METODE

Tanggal 19 Februari 2017 sampai 21 Februari 2017, penulis telah mengambil kasus di ruang khusus RS x. Metode yang digunakan adalah diskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu dengan pencarian fakta dengan interpretasi yang tepat, metode penelitian yang untuk membuat gambaran mengenai situasi pada pasien serta mengumpulkan data berdasarkan fakta yang ada dan sebenarnya. Studi kasus ini hari pertama melakukan pengkajian untuk mendapatkan data-data pasien secara menyeluruh, kemudian menentukan masalah yang terjadi pada pasien dan melakukan implementasi keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

Penulis akan menguraikan mengenai : upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke nonhemoragik. Upaya memperbaiki pola nafas pada pasien stemi berdasarkan pemberian asuhan keperawatan ini dilaksanakan 19-21 Februari 2017 mulai dari pengkajian, analisa data, prioritas diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Komponen kunci dan pondasi proses keperawatan adalah pengkajian. Suatu pengkajian yang mendalam memungkinkan perawat kritikal untuk mendeteksi perubahan cepat melakukan intervensi dini dan melakukan asuhan (Meyers dkk, 2007).

Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 Februari 2017 jam 07.00 WIB. Sumber data diperoleh dari status pasien, wawancara dengan pasien dan keluarga pasien. Data yang diperoleh sebagai berikut : Pasien berusia 81 tahun, berjenis kelamin laki-laki, dan berkerja sebagai buruh. Beragama Islam, pendidikan terakhir SD. Tanggal masuk 18 Februari 2017, diagnosa medis stroke nonhemoragik.. Alasan pasien masuk rumah sakit pasien mengeluh badan sebelah kiri tidak bisa digerakkan.

Pola nutrisi sebelum sakit pasien makan 3kali sehari dengan variasi menu setiap harinya yaitu nasi, sayur, tahu,tempe, ikan, dan daging. Sehari 1 porsi habis dan minum air putih sebanyak 7-8 gelas setiap hari. Selama sakit, keluarga pasien

mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan makanan dari RS dan habis seperempat porsi yang disediakan. Pentingnya dilakukan pengkajian pola nutrisi karena nutrisi mempunyai peran utama dalam menjaga kesehatan. Kesehatan tentang gizi tidak hanya memberikan kontribusi pada hasil-hasil perawatan yang positif tetapi juga sebagai perawatan kesehatan. Sebagai bagian dari penilaian kesehatan yang komprehensif, termasuk pemeriksaan gizi yang bertujuan untuk mengidentifikasi pasien yang memiliki kekurangan gizi. Perawat merupakan posisi yang bagus untuk mengenal tanda-tanda nutrisi buruk dan mengambil langkah-langkah untuk mengawali perubahan. Adanya kontak sehari-hari dengan pasien dan keluarganya memungkinkan perawat untuk mengamati status fisik, asupan makanan, penambahan atau kehilangan berat badan, dan respons pada terapi pasien. Pengkajian nutrisi juga penting khususnya bagi pasien yang berisiko masalah nutrisi berhubungan dengan stres, penyakit, hospitalisasi, kebiasaan gaya hidup, dan faktor-faktor lain. Tujuan pengkajian nutrisi antara lain mengidentifikasi defisiensi dan kelebihan nutrisi, mengidentifikasi kebutuhan nutrisi pasien, mengumpulkan informasi, menilai efektifitas asuhan keperawatan, dan memodifikasi sesuai kondisi dan kebutuhan. Informasi yang dikumpulkan meliputi konsumsi makanan, jenis makanan, waktu makan, diet khusus, dan status cairan. Mengenai konsumsi makanan, terkait dengan intake makan dan minum sehari-hari antara lain intake makanan dan minuman terakhir, kualitas makanan, dan apakah makanan itu mengandung gizi seimbang. Tidak hanya itu, pengkajian pola nutrisi juga untuk mengetahui apakah nafsu makan hilang atau berubah. Adakah masalah kesulitan menelan, mengunyah, mencerna, mual, rasa panas di perut, lapar, dan haus berlebihan serta apakah ada efek kehilangan berat badan (Deswani, 2009).

Pola eliminasi sebelum sakit pasien BAB 1 kali setiap hari dan BAK 5-6 kali setiap hari, selama sakit pasien BAB 2 hari sekali, pasien BAK 3-4 kali setiap hari. Pentingnya dilakukan pengkajian pola eliminasi untuk menjelaskan adakah perubahan pola fungsi ekskresi, kandung kemih, kulit, dan kebiasaan defekasi. Setelah itu ada tidaknya masalah penggunaan kateter, frekuensi defekasi

dan miksi, karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih (Deswani, 2009)

Pola kognitif pasien tidak kooperatif, bicara pasien tidak lancar. Pentingnya pengkajian pola kognitif untuk menjelaskan persepsi sensori dan kognitif meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi atau baru terjadi. Mengetahui kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama orang atau benda yang lain. Menjelaskan persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10. Adakah pemakaian alat bantu mendengar dan melihat. Selain itu, pola pengkajian kognitif menunjukkan tingkat kesadaran, orientasi pasien serta adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri), dan penciuman (Jackson & Jackson, 2011).

Pola koping dan toleransi stress pasien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan anak-anaknya dan keluarganya. Pengkajian koping juga penting dilakukan dalam menilai respon emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran pasien dalam keluarga ataupun masyarakat. Berikutnya untuk menilai respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari, baik dalam keluarga maupun masyarakat. Apakah juga ada dampak yang timbul pada pasien seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan pasien terhadap dirinya yang salah. Selanjutnya, pengaruh stres diakibatkan kesakitan bernapas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik (Muttaqin, 2009).

Pola nilai dan kepercayaan pasien mengatakan beragama islam, selama sakit pasien tidak rutin menjalankan shalat. Pentingnya pengkajian pola nilai dan kepercayaan untuk menggambarkan dan menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Meliputi kegiatan keagamaan dan budaya, berbagi dengan orang lain, bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit. Informasi

nilai, tujuan, dan kepercayaan berhubungan dengan pilihan atau membuat keputusan, kepercayaan spiritual, isu tentang hidup yg penting, hubungan antara pola nilai kepercayaan dengan masalah dan praktek kesehatan. Kepercayaan spiritual yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dan praktek kesehatan (Deswani, 2009).

Pemeriksaan penunjang didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 19 februari 2017 yaitu : hemoglobin 18.9g/dl batas normal 12.2-18.1, eritrosit 7.14juta/ul batas normal 4.04-6.13, hematokrit 57.0% batas normal 37.7-53.7, MCV 79.9 fl batas normal 80-97, MCH 26.5 pg batas normal 27-31.2, MCHC 33.2 g/dl batas normal 31.8-35.4, leukosit 15.50 ribu/ul batas normal 4.6-10.2, trombosit 430 ribu/ul batas normal 150-450, RDW-CV 16.9 % batas normal 11.5-14.5, MPV 7.9 fl batas normal 0-99.9, neutrophil 68.3% batas normal 37-80, MXD 9.8% batas normal 4-18, limfosit 21.9% batas normal 19-48, ureum 32.2 mg/dl batas normal 10-50, kreatin 0.86 Mg/dl batas normal 0.60-0.90.

Intervensi keperawatan harus memperhatikan beberapa kriteria yang terkait dengan rumusan intervensi keperawatan. Tujuan intervensi dari diagnosa keperawatan disamping sebagai berikut : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien menunjukkan adanya peningkatan aktivitas dengan kriteria hasil: klien meningkat dalam aktivitas fisik seperti makan, minum secara mandiri, mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan kemampuan dalam tirah baring miring kanan miring kiri, mengalami peningkatan otot dari 1 menjadi 2 pada ekstermitas kiri. Intervensi NIC yang dapat dilakukan, monitoring vital sign in sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, perawatan alih baring, terapi latihan fisik : mobilitas sendi, pengaturan posisi, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan mandiri pasien, bantuan perawatan diri : berpindah, selanjutnya kolaborasi dalam pemberian terapi medik untuk membantu proses penyembuhan.

Implementasi dilakukan dari tanggal 19 Februari 2017 sampai 21 Februari 2017 sesuai dengan intervensi yaitu mengkaji tanda-tanda vital pada jam 07.00 wib yang dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien dan melanjutkan intervensi,

tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 90 kali per menit, suhu 36°C, respirasi rate 26 kali per menit. Kemudian mengkaji kekuatan otot yang dilakukan pada pukul 07.30 wib data subyektif pasien mengatakan ekstermitas kiri tidak dapat digerakkan, data obyektif Kekuatan otot pada ekstermitas atas yaitu tangan kanan kekuatan ototnya adalah 4 dan tangan kiri kekuatan ototnya 1. Pada ekstermitas bawah kaki kanan nilai kekuatan ototnya adalah 4 dan pada kaki kiri kekuatan ototnya 1. Kedua mengajari ROM aktif dan pasif untuk meminimalkan cacat fisik pada pukul 09.00 wib data subyektif pasien mengatakan bersedia, data obyektif pasien tampak antusias. Pada pukul 10.00 melakukan tirah baring untuk mencegah terjadinya luka tekan, data subyektif pasien mengatakan bagian kiri tidak bisa digerakkan, data obyektif pasien miring kanan dengan bantuan perawat dan keluarga. Pada pukul 13.00 wib memberikan terapi medik yaitu injeksi cefotaxim 1 gram/ 12jam, injeksi citicolin 1000mg/ 12 jam. Obat oral amlodipin 1x1tab. Pada pukul 13.15 melakukan tirah baring data subyektif pasien mengatakan bersedia, data obyektif pasien miring kanan dengan bantuan perawat dan keluarga.

Evaluasi pada tanggal 20 Februari 2017 yaitu Subyektif : pasien mengatakan ekstermitas atas dan bawah masih belum bisa digerakkan. Obyektif : pengkajian Kekuatan otot pada ekstermitas atas yaitu tangan kanan kekuatan ototnya adalah 4 dan tangan kiri kekuatan ototnya 1. Pada ekstermitas bawah kaki kanan nilai kekuatan ototnya adalah 4 dan pada kaki kiri kekuatan ototnya 1. Assesment: belum teratasi dalam edukasi tentang tindakan ROM. Planning lanjutkan intervensi : kaji kelemahan otot, ajarkan ROM, tirah baring, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

Implementasi dilakukan pada tanggal 21 Februari 2017 sesuai dengan intervensi yaitu mengkaji tanda-tanda vital pasien pada jam 07.30 wib tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 84 kali per menit, suhu 36,5°C, respirasi rate 22 kali per menit. Kedua melakukan tindakan ROM pada pukul 09.00 data subyektif : pasien mengatakan bersedia, data obyektif pasien terlihat antusias, ekstermitas bagian kanan ROM aktif dan ekstermitas bagian kiri ROM pasif. Pada pukul 10.00 melakukan tirah baring data subyektif pasien mengatakan bersedia, data obyektif pasien terlihat miring kanan dengan bantuan perawat dan keluarga

pasien. Kemudian kolaborasi dengan dokter pemberian terapi medik pada pukul 13.00 wib yaitu melakukan injeksi cefotaxim 1gram/12jam, injeksi citicolin 1000mg/12 jam, injeksi sahobion 5mg/24 jam. obat oral amplodipin 1x1tab. Pada pukul 13.15 melakukan tirah baring data subyektif pasien mengatakan bersedia, data obyektif pasien terlihat miring kiri dengan bantuan perawat dan keluarga pasien. Pada pukul 14.00 melakukan pengkajian kekuatan otot data subyektif pasien mengatakan ekstermitas atas dan bawah bagian kiri masih belum dapat bergerak, data obyektif pengkajian Kekuatan otot pada ekstermitas atas yaitu tangan kanan kekuatan ototnya adalah 4 dan tangan kiri kekuatan ototnya 1. Pada ekstermitas bawah kaki kanan nilai kekuatan ototnya adalah 4 dan pada kaki kiri kekuatan ototnya 1.

Evaluasi pada tanggal 21 Februari 2017 yaitu Subyektif : pasien mengatakan ekstermitas atas dan bawah masih belum bisa digerakkan. Obyektif : pengkajian Kekuatan otot pada ekstermitas atas yaitu tangan kanan kekuatan ototnya adalah 4 dan tangan kiri kekuatan ototnya 1. Pada ekstermitas bawah kaki kanan nilai kekuatan ototnya adalah 4 dan pada kaki kiri kekuatan ototnya 1. Assesment: belum teratasi dalam edukasi tentang tindakan ROM. Planning lanjutkan intervensi : kaji kelemahan otot, ajarkan ROM, tirah baring, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

3.2 Pembahasan

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap selanjutnya. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi empat aktivitas dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah, dan mengatur data dan mendokumentasikan data dalam format. Pengumpulan data meliputi pengakuan dan keluhan pasien atau data subjektif, sumber lain selain pasien atau data obyektif, catatan medis, pemeriksaan fisik, tes diagnostik. Dalam pengkajian keperawatan memerlukan keahlian dalam melakukan observasi, komunikasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Diperoleh data fokus yang pertama, yaitu data subyektif : pasien mengatakan badan sebelah kiri tidak bisa digerakkan atau lemah. Pasien sulit dalam melakukan aktifitas dan dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktivitasnya. Data objektif pasien terlihat berbaring ditempat tidur dan kesulitan berbolak balik posisi, tangan kanan tremor saat melakukan pergerakan seperti memegang gelas, tangan dan kaki kirinya sangat lemas saat diminta untuk menggerakkan, kekuatan otot tangan kanan 1 dan untuk tangan kirinya kekuatan ototnya 4, pada ekstermitas bawah kaki kiri nilai kekuatan ototnya 1 dan untuk kaki kanannya kekuatan ototnya 4.

Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan klinis tentang respon individu, keluarga, dan masyarakat terhadap masalah kesehatan baik aktual maupun poensial (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Diagnosa yang muncul yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot. Hambatan mobilitas fisik yaitu kesulitan membolak-balikkan posisi, ketebatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik halus, dan keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik kasar (Sari dkk, 2015).

Tahap perencanaan ada empat, yaitu dengan menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, melakukan kriteria hasil, dan merumuskan intervensi. Menentukan kretiria hasil perlu memperhatikan hal seperti yang bersifat spesifik, realistik, dapat diukur, dan berpusat pada pasien, setelah itu penulis perlu merumuskan rencana keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015). Intervensi keperawatan harus memperhatikan beberapa kriteria yang terkait dengan rumusan intervensi keperawatan. Tujuan intervensi dari diagnosa keperawatan disamping sebagai berikut : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien dapat beraktivitas normal dengan kriteria hasil, klien meningkat dalam aktivitas fisik seperti makan, mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan kemampuan berpindah dari tidur menjadi duduk, mengalami peningkatan otot dari 1 menjadi 2 pada ekstermitas kiri.

Intervensi yang dilakukan yaitu monitoring vital sign in sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, perawatan alih baring, terapi latihan fisik : mobilitas sendi, pengaturan posisi, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan mandiri pasien, bantuan perawatan diri : berpindah, selanjutnya kolaborasi dalam pemberian terapi medik untuk membantu proses penyembuhan.

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2015)

Implementasi yang dilakukan yaitu penatalaksanaan terapi latihan. Pemilihan tehnik latihan gerak disesuaikan dengan kondisi pasien, yang diberikan selama tiga hari. Pasien stroke memerlukan rehabilitasi untuk meminimalkan cacat fisik agar dapat menjalani aktivitasnya secara normal, salah satu rehabilitasi yang dapat diberikan pada penderita stroke adalah latihan rentang gerak atau Range Of Motion (ROM) (Sukmaningrum, 2012).

ROM dilakukan tiga kali sehari setiap 8 jam sekali di HCU. ROM pada ekstermitas kiri dilakukan secara pasif karena ketika melakukan latihan pergerakannya harus dibantu oleh perawat ataupun keluarga, sedangkan untuk ekstermitas sebelah kanan dilakukan ROM aktif karena pasien masih bisa menggerakkan ekstermitas sebelah kanannya. ROM adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. ROM aktif adalah latihan gerak yang dilakukan pasien secara mandiri, sedangkan ROM pasif adalah latihan gerak yang dilakukan pasien dengan bantuan oranglain (Wahyuningsih, 2013). Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot oranglain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien, sedangkan rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya saat

pasien berbaring pasien menggerakkan tangan atau kakinya sendiri tanpa bantuan (Mubarak, dkk 2015).

Ada beberapa prinsip dasar dalam melakukan latihan ROM. ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, ROM dilakukan perlahan dan hati-hati agar tidak melelahkan pasien, dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital, dan lamanya tirah baring (Sager, 2014).

Ketiga terapi medik yang diberikan adalah injeksi cefotaxim 1gram/12jam, cefotaxim sebagai antibiotik dalam hal ini untuk mengatasi adanya infeksi pada tulang dan sendi. injeksi citicolin 1000mg/12jam, citicolin berfungsi untuk mengurangi kerusakan jaringan otak serta meningkatkan aliran darah dan oksigen ke otak. Obat oral yang diberikan amlodipin 1x1tab. Amlodipin adalah obat tekanan darah tinggi (hipertensi), efek samping yang timbul seperti bengkak, sakit kepala, pusing berputar, mual, nyeri perut, dan mengantuk.

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasil dari tindakan keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Penulis menggunakan metode pendokumentasian SOAP yaitu Subyektif(S), Obyektif(O), Assesment(A), dan Planning(P), Evaluasi pada tanggal 21 Februari 2017 yaitu Subyektif : pasien mengatakan ekstermitas atas dan bawah masih belum bisa digerakkan. Obyektif : pengkajian Kekuatan otot pada ekstermitas atas yaitu tangan kanan kekuatan ototnya adalah 4 dan tangan kiri kekuatan ototnya 1. Pada ekstermitas bawah kaki kanan nilai kekuatan ototnya adalah 4 dan pada kaki kiri kekuatan ototnya 1. Assesment: masalah belum teratasi dalam edukasi tentang tindakan ROM. Planning lanjutkan intervensi : kaji kelemahan otot, ajarkan ROM, tirah baring, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

4. PENUTUP

Hasil pengkajian pasien hasilnya Subyektif : pasien mengatakan ekstermitas atas dan bawah masih belum bisa digerakkan. Obyektif : pengkajian Kekuatan otot pada ekstermitas atas yaitu tangan kanan kekuatan ototnya adalah 4 dan tangan kiri kekuatan ototnya 1. Pada ekstermitas bawah kaki kanan nilai kekuatan ototnya adalah 4 dan pada kaki kiri kekuatan ototnya 1.

Diagnosa keperawatan yang di dapatkan yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot.

Intervensi keperawatan ROM, perawatan alih baring, terapi latihan fisik : mobilitas sendi, pengaturan posisi, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan mandiri pasien, bantuan perawatan diri : berpindah, selanjutnya kolaborasi dalam pemberian terapi medik.

Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu ROM perawatan alih baring, pengaturan posisi, kolaborasi tim medis dalam pemberian terapi injeksi cefotaxim 1gram/12jam, injeksi citicolin 1000mg/12jam, amlodipin 1x1tab.

Evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan yaitu masalah belum teratasi. Evaluasi pada tanggal 21 Februari 2017 yaitu Subyektif : pasien mengatakan ekstermitas atas dan bawah masih belum bisa digerakkan. Obyektif : pengkajian Kekuatan otot pada ekstermitas atas yaitu tangan kanan kekuatan ototnya adalah 4 dan tangan kiri kekuatan ototnya 1. Pada ekstermitas bawah kaki kanan nilai kekuatan ototnya adalah 4 dan pada kaki kiri kekuatan ototnya 1. Assesment: masalah belum teratasi dalam edukasi tentang tindakan ROM. Planning lanjutkan intervensi : kaji kelemahan otot, ajarkan ROM, tirah baring, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

Diharapkan pihak rumah sakit mampu menerapkan intervensi yang tepat dan sesuai dengan stadium penyakitnya, selain itu untuk perawat dan tim medis lainnya diharapkan dapat memberikan perhatian yang lebih kepada pasien dengan hambatan mobilitas fisik dan memberikan penatalaksanaan menggunakan terapi baik farmakologi maupun nonfarmakologi seperti tindakan ROM, perawatan alih baring, dan pengubahan posisi setiap 2 jam.

Diharapkan klien dan keluarga ikut serta dalam upaya meningkatkan mobilitas fisik dengan pendekatan baik farmakologis maupun nonfarmakologis selain itu pasien dan keluarga diharapkan mampu memahami dan menerapkan cara-cara penatalaksanaan non farmakologi pada pasien dengan hambatan mobilitas fisik

Diharapkan hasil karya ilmiah ini dapat dijadikan sebagai referensi serta acuan untuk dikembangkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis stroke nonhemoragik yang mengalami hambatan mobilitas fisik secara nonfarmakologi.

DAFTAR PUSTAKA

Ariani,T. A. (2012). Sistem Neurobehaviorur. Jakarta : EGC

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan DepKes RI. Laporan hasil riset kesehatan dasar (RisKesDas) nasional 2007; available From : <http://www.kesehatan.kebumenkab.go.id/data/lapriskesdas.pdf> : diakses tanggal 21 Maret 2017.

Brunner & Sudarth. 2002. Buku ajar keperawatan medikal bedah edisi 8 volume3. Jakarta: EGC

Deswani. (2009). Proses keperawatan dan berpikir kritis. Jakarta : Slemba Medika

Ginsberg, L. (2008). Lecture notes neurologi, edisi ke 8. Jakarta : Erlangga

jackson, M., & jackson L. (2011). Panduan Praktis Keperawatan Kinis. Jakarta : Erlangga

Junaidi, I. 2006. Stroke A-Z pengenalan, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi stroke, serta tanya jawab seputar stroke. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Polpuler

Kowalak, J. P., William W., Brenna M. (2011). Buku Ajar Patofisiologi. Jakarta:EGC

Maliya, A., (2015). Penuntun Praktek Laboratorium KMB IIIB. Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta

Marsh JD, keyrousz SG. (2010). Stroke prevention and treatment. Journal of the American College of Cardiology; 56(9); 683-91

- Mubarak, W. I., Lilis i., Joko S., 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan dasar Buku 1. Jakarta : salemba Medika
- Muttaqin, A. (2009). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Kardiovaskular. Jakarta : Salemba Medika
- Potter & perry. 2006. Buku aja fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik edisi 4 volume 2. Jakarta: EGC
- Price,S.A (2006) patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta : EGC
- Rasyid Al, Jusuf M, Salim H. (2015). Stoke Komplikasi Medis dan tatalaksana. Jakarta : Badan penerbit FKUI
- Sager, M., Sylvain G., (2014). Comparison Of yoga Versus Static Stretching For Increasing Hip and Shoulder range Of Motion. International Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation 2014
- Sari. S. H., Agianto, & abdurahman. W. (2015). Batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan (etiologi) diagnosa keperawatan: hambatann mobilitas fisik pada pasien stroke. Jurnal universitas lambung mangkurat : DK vol.3/No.1
- Satya negara. Ilmu bedah saraf. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2010
- Sudoyo, A. W. 2009. Buku ajar ilmu penyakit dalam, jilid 1,2,3 edisi keempat. Internal publishing, jakarta
- Summers D, Leonard A, wentoworth D, et al. (2009) Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: a scientific statement from the American hearth Association : 40: 2911-2944
- Sukmaningrum, Febriana, dkk. (2012). Efektivitas Range Of Motion (Rom) Aktif-Asistif:Spherical Grip Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstermitas Atas Pada Pasien Stroke Di Rsud Tugurejo Semarang. Jurnal STIKES Telogorejo Semarang
- Talbot, A. L., Marquardt, Meyers M. (2007). Pengkajian Keperawatan Kritis edisi 2. Jakarta : EGC
- Tarwoto & Wartonah. (2015). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika